



SOLICITUD DE EQUIPO MÉDICO DURADERO

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ País: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____ Discapacidad: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Nombre del padre/tutor, cónyuge, pareja o pariente más cercano: _____

Equipo solicitado: _____

¿Tiene Medicaid? Sí No No está seguro

¿Trabaja en la comunidad? Sí No

Situación militar: Servicio activo Guardia nacional/reserva Veterano

Miembro de la familia militar/veterano (hijo, cónyuge o padre) N/A

Planeo usar este equipo (marque UNO que corresponda):

En mi trabajo En mi casa/comunidad En un entorno educativo

Marcar UNO que corresponda:

Sin Easterseals **no** podría pagar esto

El equipo solo estaba disponible a través de Easterseals Iowa

El equipo estaba disponible a través de otros programas, pero el sistema era demasiado complejo o largo

OPCIONAL: la información se utiliza únicamente con fines de seguimiento. La información se mantiene confidencial.

Indique con qué grupo étnico se identifica:

- Afroamericano Asiático-americano Caucásico Hispánico
 Indígena americano Múltiples etnias Otro

OPCIONAL: ¿recibió la vacuna contra el COVID-19?

- Sí, recibí una dosis
 Sí, recibí ambas dosis
 No, me negaré

Easterseals Iowa trabaja con Happy at Home Consulting para realizar llamadas de seguimiento de control de calidad y para determinar si la tecnología de asistencia adicional puede ayudar a los clientes con su independencia. Como parte de nuestra práctica operativa, la persona que recibe el equipo médico duradero puede recibir una llamada de Happy at Home Consulting.

Easterseals Iowa Assistive Technology Center no recopila números de seguro social, información de seguros ni identificación personal de ninguna persona.

Exención de responsabilidad

El abajo firmante, de forma individual o como padre o tutor, en reconocimiento parcial de los servicios prestados y los beneficios conferidos por Easterseals Iowa, por la presente libera y exime para siempre a Easterseals Iowa, sus agentes y cesionarios, de todos y cada uno de los reclamos, demandas o acciones, o litigios de cualquier tipo o naturaleza de daños sufridos por el cliente mencionado anteriormente o que se acumulen para el abajo firmante como consecuencia de cualquier accidente o suceso resultante del uso de equipos médicos duraderos o la participación en cualquier programa de Easterseals Iowa, y cuando el cliente mencionado anteriormente no se encuentra en las instalaciones de Easterseals Iowa y se dedique a cualquier empresa o actividad únicamente en su propio nombre.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

La intención de Easterseals Iowa es poner a disposición equipos que estén en buen estado de funcionamiento. Si dentro de los 14 días posteriores a la recepción del equipo, el consumidor o cuidador determina que no está en condiciones de funcionamiento adecuado, se debe notificar a Easterseals Iowa de inmediato. En ese momento, Easterseals Iowa hará todo lo posible para reparar el equipo, determinar si se puede hacer un cambio o reembolsar la tarifa del equipo. Los gastos de envío no son reembolsables. Después de 14 días a partir de la fecha original del préstamo, es responsabilidad del consumidor reparar o mantener el equipo, o desecharlo según corresponda.

Para uso exclusivo del consultorio:

Equipo prestado: _____

Número de identificación: _____

Fecha de alta: _____

Arancel pagado: _____

Fecha de devolución: _____

Debe ser completado por un médico, fisioterapeuta u otro profesional médico.

Nombre de los pacientes: _____

Nombre y dirección del médico, el fisioterapeuta y otro profesional médico:

Diagnóstico (enumere todas las condiciones incapacitantes):

Códigos ICD 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) para diagnóstico:

Equipo solicitado:

La firma de los profesionales educativos/médicos a continuación indica que el equipo o servicio mejorará la salud/bienestar de los solicitantes, ya que los ayudará a completar las ADL (actividades de la vida diaria), acceder a oportunidades recreativas o promover la inclusión dentro de su hogar/comunidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Aclaración en letra imprenta: _____ Fecha: _____

***Revisado el 10-10-2023**